

*Rheumatoide Arthritis***Frühzeichen richtig deuten***Reinhard Hein*

Heutzutage besteht eine gute Chance, entzündlich rheumatische Erkrankungen, insbesondere die rheumatoide Arthritis und die Spondylitis ankylosans, zum Stillstand zu bringen. Voraussetzung ist eine früh einsetzende Basistherapie. Dem Hausarzt kommt daher die wichtige Aufgabe zu, Frühsymptome zu erkennen und richtig zu deuten.

Die Behandlungsstrategien bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen sind sehr vielfältig und erschöpfen sich nicht in symptomatischen Maßnahmen, wie der Gabe von NSAR und physikalischen Anwendungen.

In den letzten Jahren sind entscheidende Fortschritte in der Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen, wie der rheumatoiden Arthritis, der Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) und der erosiven Psoriasisarthropathie gemacht worden. Die wachsende Zahl von Biologica, die zur Therapie dieser Erkrankungen zur Verfügung stehen, macht eine evidenzbasierte individuelle Therapieplanung auf dem Boden von Stratifizierung und Prognoseabschätzung statt eines schematisierten ungezielten Vorgehens notwendig, um unter Einsatz der vorhandenen Ressourcen weitere Verbesserungen in der Versorgung betroffener Patienten zu erreichen.

Gelenkerstörende, versteifende und damit verkrüppelnde Verläufe lassen

sich heute bei optimaler Versorgung bei den meisten Patienten vermeiden. Dabei konnten eine Reihe von Studien bestätigen, dass es für den langfristigen Therapieerfolg entscheidend ist, dass eine adäquate Therapie so bald wie möglich nach Beginn der Erkrankung eingeleitet wird. Der Frühdiagnostik kommt so eine zunehmend wichtige Bedeutung insbesondere für das Schicksal der Patienten mit rheumatoider Arthritis (rA) zu.

Paradigmenwechsel beim Rheuma

Am Beispiel der rheumatoiden Arthritis wird klar, wie sehr der frühe Beginn einer adäquaten Therapie für den gesamten Krankheitsverlauf mit all seinen sozialmedizinischen Folgen von Bedeutung ist. 30 % der Patienten weisen bereits nach einem Jahr irreparable radiologisch nachweisbare Gelenkschäden auf, 90 % nach drei Jahren. In mehreren großen Studien der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass durch frühe und konsequente Therapie diese Zahlen dramatisch verringert werden können, und zwar umso mehr, je früher eine effektive Basistherapie einsetzt.

Dieses hat zu einem Paradigmenwechsel in der Rheumatologie geführt und eine abwartende Haltung mit langsamer Therapieeskalation durch eine frühe und eingreifendere Therapiestrategie abgelöst.



Fotos: Hein

TNF alfa-Blocker und andere sogenannte Biologica haben einschneidende therapeutische Verbesserungen möglich gemacht. Der hohe Preis dieser Medikamente kann nachweisbar durch Einsparungen bei Folgekosten wie Operationen am Gelenk, Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsausfallszeiten und Frühberentung wettgemacht werden.

Dabei ist jedoch notwendig, diejenigen Patienten, die einer solchen kostenintensiven Therapie bedürfen, gut auszuwählen. Denn auch die konventionellen Basistherapeutika, insbesondere auch in Kombination, haben weiter ihren festen Platz in der Therapie chronisch entzündlich rheumatischer Erkrankungen.

Frühe Rheumatoide Arthritis

Die rheumatoide Arthritis (rA) beginnt nicht selten uncharakteristisch, was eine frühe Diagnose erschweren kann. Typische Symptome, die auf eine rA im Frühstadium hinweisen, sind in Tabelle 1 aufgeführt. Dazu gehören spontane Gelenkschmerzen verbunden mit Schwellung und Steifigkeitsgefühl. Nach einer länger anhaltenden Morgensteifigkeit muss meist gezielt gefragt werden. Bei der klinischen Untersuchung sind



Abb1: Frühe rheumatoide Arthritis der Hand: Schwellung carpoulnar und über den Metacarpalia II und III, hier rechts betont.

Leitsymptome einer frühen rheumatoiden Arthritis

- Morgensteife > 60 Minuten
- Schmerzen in mehr als zwei Gelenken für mindestens sechs Wochen
- Symmetrisches Gelenkbefallsmuster

Übersicht 1

Basistherapie von Anfang an

Das Konzept der frühen und aggressiven Therapie folgt aus der Tatsache, dass nur 30 % der Patienten mit einer rA und 50 % mit einer initial noch undifferenzierten Arthritis nach fünf Jahren Krankheitsverlauf noch keine schweren funktionellen Einschränkungen haben. Das Ausmaß der radiologischen Destruktion ist signifikant mit der Krankheitsdauer bis zur ersten Basistherapie assoziiert. Konventionelle Basistherapeutika auch in Kombinationen hemmen die radiologische Progression, der kontinuierliche Einsatz von Basistherapie halbiert das Risiko einer voranschreitenden Gelenkzerstörung.

Symptome, die auf eine frühe rheumatoide Arthritis hindeuten, sind spontane Gelenkschmerzen sowie Schwellung und ein Gefühl der Steifigkeit.

Für TNF-Blocker konnte gezeigt werden, dass ein Stop der radiologischen Progression in bis zu 80 % der Fälle erreicht wird. Ziel der Behandlung ist das vollständige Verschwinden von Krankheitszeichen, die Remission. Die Krankheitsaktivität ist für die Beurteilung von Remissionskriterien kontinuierlich über Aktivitätsscores (DAS 28) zu dokumentieren.

Die rA sollte von Beginn an mit einer Basistherapie behandelt werden, die Therapie sollte möglichst innerhalb von zwölf Wochen nach dem Einsetzen der Symptome gestartet werden.

Kortison zur Überbrückung

Kortison in niedrigen systemischen Dosen wird eingesetzt, um die Zeit zu überbrücken, bis die Wirkung der Ba-

nen der Manifestation einer rA um Jahre vorausgehen und haben prognostische Relevanz – auch in ihrer Titerhöhe – für den Verlauf hinsichtlich radiologischer Progression.

Radiologische Zeichen erst spät sichtbar

Röntgenbilder der Hände und Füße gehören zur Primärdiagnostik einer rA, sind jedoch nicht geeignet für die Diagnose einer frischen Erkrankung. Radiologisch darzustellende Erosionen der Gelenke sind ein Hinweis auf eine bereits mindestens 6 bis 24 Monate dauernde Krankheit, selbst bei aggressiven Verlaufsformen (Abb. 2).

Die radiologische Progression ist in den ersten Krankheitsjahren am deutlichsten. Funktionelle Defizite und strukturelle Gelenkzerstörung nehmen in dieser Zeit im gleichen Ausmaß zu.

Kreuzschmerzen vom entzündlichen Typ

- Krankheitsbeginn vor dem 40. Lebensjahr
- schleichender Beginn der Beschwerden
- Dauer seit mindestens drei Monaten
- Morgensteifigkeit im Rücken
- Besserung bei Bewegung

Übersicht 2

vor allem die weichen symmetrischen Schwellungen der Gelenkkapseln kleiner Gelenke, das Befallsmuster mit Einschluss von Fingergrund- und Zehengrundgelenken zur Abgrenzung von der Polyarthrose hilfreich (Abb. 1).

Technische Untersuchungen können die Verdachtsdiagnose erhärten. Ein einzelner diagnostischer Test zum Nachweis oder Ausschluss einer rA existiert nicht.

Rheumafaktor als Screening ungeeignet

Der klassische IgM-Rheumafaktor ist bei der frühen rA in bis zu 80 % der Fälle nachweisbar. Ein Rheumafaktornachweis ist jedoch nur in 70 bis 80 % der Fälle spezifisch für eine rA. Falsch positive Befunde sind insbesondere bei älteren Patienten und Lebererkrankung zu erwarten. Zusammen mit einer Sensitivität von 70 % macht dies den Rheumafaktortest ungeeignet als Screeningtest für die rA, wenn keine klinischen Zeichen bestehen.

Antikörper gegen cyclische citrullinierte Peptide (CCP) zeigen bei gleicher Sensitivität wie Rheumafaktoren eine sehr hohe Spezifität für eine rA. CCP-AK kön-



Abb. 2: Früherosionen der Basis der Grundphalanx am Fingergrundgelenk rechts

sistherapie einsetzt und zudem, um Krankheitsschübe zu behandeln. Intra-artikuläre Kortisoninjektionen adjuvant zu einer Basistherapie können zu einer schnellen, manchmal anhaltenden Besserung behandelter Gelenk führen.

Methotrexat als guter Kombi-Partner

Methotrexat ist auch heute noch das bevorzugte Basistherapeutikum für den Therapiebeginn bei einer rA. Seine Vorteile liegen in einem schnellen Wirkeintritt, sowie vergleichsweise guten Daten zu Effektivität, Langzeittoxizität und Therapieabbruchraten im Vergleich zu anderen Basistherapeutika. Zudem ist es häufigster Partner in etablierten Basistherapiekombinationen. Alternativen für den Beginn einer Basistherapie, insbesondere bei Kontraindikationen für Methotrexat, sind Sulfasalazin und Leflunomid.

Was beeinflusst die Prognose?

Für eine initiale Basistherapiekombination konnte in Studien im Vergleich zu einer konsequenten und schnellen Eskalationsstrategie („Step up“ Strategie) bisher kein Vorteil belegt werden.

In laufenden Strategiestudien wird untersucht, ob eine frühe stratifizierte aggressive Kombinationstherapie unter Einschluss von TNF-Antagonisten bis

zur Remission („step down“ Strategie) verbesserte Ergebnisse bringt. Damit käme der Prognoseabschätzung zu Beginn der Diagnose für eine Therapieentscheidung zunehmende Bedeutung zu.

Mit einer Basistherapie bei rheumatoider Arthritis sollte man innerhalb von zwölf Wochen nach Einsetzen der Symptome beginnen.

Prognostisch ungünstige Faktoren bei der rA sind: Hohe Rheumafaktortiter und CCK-AK-Titer frühzeitig im Krankheitsverlauf, Alter > 60 Jahre zu Beginn der rA, Rauchen sowie schlechter sozioökonomischer Status des Patienten.

Patienteninformation und Schulung sowie Physiotherapie einschließlich spezieller Ergotherapie sind wesentliche Bestandteile der Behandlung eines Patienten mit früher rA.

Die Versorgung von Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis sollte möglichst von Beginn an in einer koordinierten multidisziplinären Form erfolgen. Die meisten Schwerpunktpraxen und Fachambulanzen für Rheumatologie haben Frühsprechstunden für die rA eingerichtet.

Spondylitis ankylosans

Oft wird eine Spondylitis ankylosans auch heute noch erst nach über fünf Jahren diagnostiziert. Das Leitsymptom entzündlich rheumatischer Erkrankungen der Wirbelsäule (Formenkreis der Spondyloarthropathien) sowie einer Spondylitis ankylosans ist der entzündliche Rückenschmerz (Übersicht 2). Die Spezifität dieses Symptoms wird durch schnelles Ansprechen auf NSAR, gleichzeitiges Vorliegen eines Fersenschmerzes, einer positiven Familienanamnese, einer Psoriasis, einer Iritis oder eines Wurstfingers (-zehs) (syn. Dactylitis) auf bis zu 80 % erhöht.

Bei Vorliegen eines Rückenschmerzes vom entzündlichen Typ und mindestens eines weiteren der genannten Kriterien ist eine fachrheumatologische Abklärung sinnvoll und gerechtfertigt.

Eine Wirkung konventioneller Basistherapeutika bei Achsensklettsymptomen der Spondylitis ankylosans ist nicht belegt. Methotrexat und Sulfasalazin kommen bei peripherer Gelenkbeteiligung oder extraartikulären Manifestationen einer Spondylarthritiden in Frage.

Durch den Einsatz von TNF-Blockern konnte eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse hinsichtlich Lebensqualität und Funktionalität bei Patienten mit Spondylitis ankylosans belegt werden. Der Nachweis eines Effektes auf ankylosierende Prozesse an der Wirbelsäule und dem Ileosakralgelenk steht noch aus. Noch unbestätigte Studienergebnisse deuten darauf hin, dass auch hier der frühe Therapiebeginn von großer Bedeutung ist, um bleibende strukturelle Schäden zu verhindern. ■



Dr. med. Reinhard Hein
Internist – Rheumatologe
Arzt für Naturheilverfahren
– Akupunktur – Osteologie
DVO
31582 Nienburg

Anzeige